

Lomake täytetään etukäteen ennen lääkärin tarkastusta ja epäselväksi jääneet kohdat täytetään tarkastuksessa. Lomake on tuotava tarkastukseen mukaan. Lomake jää potilasasiakirjoihin.

|               |                               |          |          |  |
|---------------|-------------------------------|----------|----------|--|
| Henkilötiedot | Henkilötunnus                 | Sukunimi | Etunimet |  |
|               | Ammatti (myös ennen eläkettä) |          |          |  |

  

|                                                                                            |                          |       |                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|----|
| 1. Onko sinulla näkövaikeuksia:                                                            |                          |       |                          |    |
| • päivänvalossa?                                                                           | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |
| • hämärässä?                                                                               | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |
| • kaksoiskuvia?                                                                            | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |
| 2. Onko sinulla todettu sydänsairaus, aivoverenkiertohäiriötä tai halvauksia?              |                          |       |                          |    |
| <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei                                 |                          |       |                          |    |
| 3. Onko sinulla diabetes?                                                                  |                          |       |                          |    |
| <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei                                 |                          |       |                          |    |
| 4. Onko sinulla epäily/todettu muistihäiriötä?                                             |                          |       |                          |    |
| <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei                                 |                          |       |                          |    |
| 5. Kärsitkö jatkuvasta unettomuudesta tai onko sinulla todettu uniapnea tai muu unihäiriö? |                          |       |                          |    |
| <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei                                 |                          |       |                          |    |
| 6. Onko sinulla mielenterveyshäiriötä?                                                     |                          |       |                          |    |
| <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei                                 |                          |       |                          |    |
| 7. Onko sinulla päihdeongelma?                                                             |                          |       |                          |    |
| <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei                                 |                          |       |                          |    |
| 8. Oletko käynyt lääkärin tutkimuksessa huimauksen vuoksi?                                 |                          |       |                          |    |
| <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei                                 |                          |       |                          |    |
| 9. Onko sinulla ollut epileptisiä kohtauksia tai muita tajunnanhäiriökohtauksia?           |                          |       |                          |    |
| <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei                                 |                          |       |                          |    |
| 10. Käytätkö kuulolaitetta?                                                                |                          |       |                          |    |
| <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei                                 |                          |       |                          |    |
| 11. Tupakoitko?                                                                            |                          |       |                          |    |
| <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei                                 |                          |       |                          |    |
| 12. Onko lääkäri määrännyt sinulle tilapäisen ajokiellon terveyssyistä?                    |                          |       |                          |    |
| <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei                                 |                          |       |                          |    |
| 13. Oletko koskaan nukahtanut autoa ajaessa?                                               |                          |       |                          |    |
| <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei                                 |                          |       |                          |    |
| 14. Pituus                                                                                 |                          |       |                          |    |
| Paino                                                                                      |                          |       |                          |    |

  

**Rengasta kysymyksistä 15–17 oikea vaihtoehto**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.<br><input type="checkbox"/> Ei koskaan<br>1. Noin kerran kuussa tai harvemmin<br>2. 2–4 kertaa kuussa<br>3. 2–3 kertaa viikossa<br>4. 4 kertaa viikossa tai useammin | 16. Kuinka monta annosta alkoholia yhteensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytät alkoholia?<br><br>O. 1–2 annosta<br>1. 3–4 annosta<br>2. 5–6 annosta<br>3. 7–9 annosta<br>4. 10 tai enemmän<br><br>Yksi annos on:<br>• Pullo keskiolutta tai siideriä (0,33 l)<br>• Lasi mietoa viiniä (12 cl)<br>• Pieni lasi väkevää viiniä (8 cl)<br>• Ravintola-annos väkeviä (4 cl) | 17. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?<br><br>O. Ei koskaan<br>1. Harvemmin kuin kerran kuussa<br>2. Kerran kuussa<br>3. Kerran viikossa<br>4. Päivittäin tai lähes päivittäin |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

  

|                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 18. Oletko käyttänyt muita päihdyttäviä aineita kuin alkoholia?                                                                                                                      |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei                                                                                                                           |  |  |  |  |
| 19. Oletko ollut 3 viimeisen vuoden aikana lääkärin tutkittavana? Onko sinulle tehty leikkauksia tai muita lääketieteellisiä toimenpiteitä? Ilmoita missä ja minkä sairauden vuoksi. |  |  |  |  |
| <p>Annan luvan hankkia tarpeellisia tietoja edellä mainituista hoitopaikoista lääkärin ajokkyarviointia varten.</p> <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei       |  |  |  |  |
| 20. Luettele käytössäsi tällä hetkellä olevat lääkkeet ja niiden annostelu (jatka tarvittaessa erilliselle paperille).                                                               |  |  |  |  |
| <p><b>Vakuutan vastanneeni kysymyksiin rehellisesti</b></p> <p>Paikka ja aika</p> <p>Allekirjoitus</p> <p>Nimenselvennys</p>                                                         |  |  |  |  |

## FÖRHANDSUPPGIFTER FÖR BEDÖMNING AV KÖRFÖRMÅGAN

Fyll i blanketten i förväg före läkarundersökningen. Oklara frågor kan besvaras i samband med läkarundersökningen. Ta blanketten med dig till läkarundersökningen. Blanketten fogas till journalhandlingarna.

| Personuppgifter | Personbeteckning         | Efternamn | Förnamn |
|-----------------|--------------------------|-----------|---------|
|                 | Yrke (även före pension) |           |         |

  

|                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. Har du problem med synen                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| • i dagsljus?                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                               | Ja   | <input type="checkbox"/>                                                                                                         | Nej |
| • i dåligt ljus?                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                               | Ja   | <input type="checkbox"/>                                                                                                         | Nej |
| • dubbelseende?                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                               | Ja   | <input type="checkbox"/>                                                                                                         | Nej |
| 2. Lider du av någon hjärtsjukdom, cirkulationsstörning i hjärnan eller förlamning?                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| 3. Har du diabetes?                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| 4. Föreligger misstanke om minnesrubbingar eller har sådana konstaterats hos dig?                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| 5. Lider du av fortlöpande sömnlöshet, sömnapné eller någon annan sömnrubbning?                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| 6. Lider du av mentala störningar?                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| 7. Lider du av missbruksproblem?                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| 8. Har du gått på läkarundersökning med anledning av svindel?                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| 9. Har du upplevt epileptiska anfall eller andra former av medvetandestörning?                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| 10. Använder du hörapparat?                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| 11. Röker du?                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| 12. Har läkaren förbjudit dig att köra tillfälligt på grund av hälsoskäl?                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| 13. Har du någonsin somnat under körning?                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| 14. Längd                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Vikt |                                                                                                                                  |     |
| Ringa in rätt alternativ på frågorna 15–17                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| 15. Hur ofta dricker du öl, vin eller andra alkoholdrycker? Försök beakta också de gånger då det är fråga om små mängder, t.ex. en flaska mellanöl eller ett litet glas vin.                            | 16. Hur många alkoholportioner har du sammanlagt konsumerat de dagar du använt alkohol?                                                                                                                                                                                                |      | 17. Hur ofta har du druckit sex portioner eller mer på en gång?                                                                  |     |
| 0. Aldrig<br>1. Ungefär en gång i månaden eller inte ens så ofta<br>2. 2–4 gånger per månad<br>3. 2–3 gånger per vecka<br>4. 4 gånger per vecka eller oftare                                            | 0. 1–2 portioner<br>1. 3–4 portioner<br>2. 5–6 portioner<br>3. 7–9 portioner<br>4. 10 portioner eller mer<br><br>En portion är:<br>• en flaska mellanöl eller cider (0,33 l)<br>• ett glas vin (12 cl)<br>• ett litet glas starkvin (8 cl)<br>• en restaurangportion starksprit (4 cl) |      | 0. Aldrig<br>1. Mindre än en gång per månad<br>2. En gång per månad<br>3. En gång per vecka<br>4. Dagligen eller nästan dagligen |     |
| 18. Har du använt andra rusmedel än alkohol?                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| 19. Har du under de senaste 3 åren gått på en läkarundersökning? Har man utfört kirurgiska operationer eller andra medicinska ingrepp på dig? Uppge i så fall var och av vilken orsak.                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| Jag samtycker till att behövliga uppgifter inhämtas från ovan nämnda ställen, för att läkaren skall kunna göra en bedömning av min körförmåga. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| 20. Räkna upp de läkemedel du för närvarande använder och deras dosering (fortsätt vid behov på ett separat papper)                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |
| Jag intygar att jag besvarat frågorna ärligt<br>Ort och datum<br>Underskrift<br>Namnförtydligande                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |     |